

<新型コロナウイルス感染症に関する問診票>

日付 (    /    ) ID (            ) 氏名 (                            ) 年齢 (        才)  
体温 (            °C ) 血圧 (        /            mmHg) 脈拍 (        回)

1. 2週間以内に37度以上の発熱はありましたか？

はい→ (    月    日から発熱あり)

自宅での体温 (    月    日            °C) ※一番高い体温を記入

いいえ

2. 自覚症状はありますか？

はい→ 咳     痰     息苦しい     体がだるい

下痢症状が4日以上続く

その他

いいえ

3. 味覚(味)、嗅覚(匂い)を感じにくい症状はありますか？

はい→ 味覚     嗅覚

いいえ

4. 海外への渡航歴はありますか？

はい→ 渡航場所 (                            )

渡航機関 (    月    日～    月    日)

いいえ

5. 新型コロナウイルス感染症の疑いのある方との接触歴はありますか？

はい→ 場所 (                            )

接触日 (    月    日)

6. 今回の症状に関して保健所や相談センターにご相談されましたか？

はい

いいえ